

UNIVERSITE DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 37

**Les occlusions intestinales
consécutives
aux opérations gynécologiques**

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 21 Octobre 1939

PAR

HENRI COSTE

Externe des Hôpitaux de Montpellier

Né à Béziers (Hérault), le 13 Avril 1914

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs
de la Thèse

AIMES, professeur, *président*.

JEANBRAU, professeur.

MARGAROT, professeur.

CADERAS DE KERLAU, agrégé.

Assesseurs.

MONTPELLIER
Imprimerie CAUSSE, GRAILLE & CASTELNAU
7, rue Dom-Vaissette, 7

1939

**Les occlusions intestinales
consécutives aux opérations gynécologiques**

**Les occlusions intestinales
consécutives
aux opérations gynécologiques**

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 21 Octobre 1939

PAR

HENRI COSTE

Externe des Hôpitaux de Montpellier

Né à Béziers (Hérault), le 13 Avril 1914

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la Thèse	{	AIMES, professeur, <i>président</i> .	{	<i>Assesseurs.</i>
		JEANBRAU, professeur.		
		MARGAROT, professeur.		
		CADERAS DE KERLAU, agrégé.		

MONTPELLIER
Imprimerie CAUSSE, GRAILLE & CASTELNAU
7, rue Dom-Vaissette, 7

1939

Personnel de la Faculté

Professeurs

Anatomie	MM. J. DELMAS.
Histologie	TURCHINI.
Physiologie	L. HEDON.
Chimie biologique et médicale et toxicologie	CRISTOL.
Physique médicale	PECH.
Anatomie pathologique et médecine expérimentale	BAUMEL.
Microbiologie	LISBONNE.
Pathologie et thérapeutique générales	PAGES.
Thérapeutique et matière médicale	JANBON.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	PUECH.
Hygiène	CARRIEU.
Médecine légale et médecine sociale	VIDAL.
Pathologie médicale et clinique propédeutique	BOULET.
Clinique médicale	GIRAUD.
Clinique chirurgicale	RIMBAUD.
Clinique obstétricale	MASSABAU, assesseur.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	RICHE.
Clinique des maladies des enfants et hygiène du premier âge	P. DELMAS.
Clinique de dermatosyphiligraphie	EUZIERE, d'yeu.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	BOUDET.
Clinique des maladies des voies urinaires	MARGAROT.
Clinique gynécologique	ETIENNE.
Clinique ophtalmologique	JANBRAU.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	LAPEYRE.
Radiologie (ch. de c.)	DEJEAN.
Anatomie (ch. de c.)	TERRACOL.
Histologie (ch. de c.)	LAMARQUE.
Propédeutique chirurgicale	LAUX.
	GGRANEL.
	AIMES.

Honorariat

Professeurs honoraires :

MM. RODET, TEDENAT, FORGUE, ESTOR, BERTIN-SANS
GALAVIELLE, BOSCH, VIRES, VILLARD, CABANNES, GRYNFELTT

Chargé de cours complémentaires

Pathologie externe	MOURGUE-MOLINES.
Médecine opératoire	ROUX, agrégé.
Chirurgie expérimentale	GUIBAL, agrégé.
Clinique phthisiologique	VIDAL, Prof.
Pathologie médicale et clinique propédeutique médicale	N...
Clinique propédeutique médicale	P. RIMBAUD, agrégé.
Clinique des maladies contagieuses	JANBON, Prof.
Stomatologie	Dr FERRIER, ch. de c.
Histoire naturelle médicale	Dr HARANT, agrégé.

Agrégés en exercice

Médecine. MM. P. RIMBAUD.	Chirurgie	MM. MOURGUE-MOLINES.
BOUCOMONT.		GUIBAL.
BERT.		ROUX.
	Urologie	TRUC.
	Chimie	MONNIER.
	Bactériologie	CARRERE.
	Ophtalmologie	DEJEAN.
	Obstétrique	CADERAS DE KERLEAU.

Examineurs de la thèse

AIMES, professeur, *président*.

JEANBRAU, professeur.

MARGAROT, professeur.

CADERAS DE KERLEAU, agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A CEUX QUE J'AIME

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AIMES

*qui nous fait l'honneur de
présider ce modeste travail.*

A MON JURY DE THESE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR JEANBRAU

A MONSIEUR LE PROFESSEUR MARGAROT

A MONSIEUR CADERAS DE KERLAU

PROFESSEUR AGREGÉ

Les occlusions intestinales consécutives aux opérations gynécologiques

INTRODUCTION

Les occlusions intestinales consécutives aux opérations abdominales, ont déjà été l'objet de nombreuses observations. Ce n'est donc pas un fait nouveau dont avons essayé de faire l'étude dans ces quelques pages, mais bien au contraire de mettre en évidence les particularités de ces syndromes d'occlusion post-opératoire, spécialement envisagés comme conséquence d'une intervention gynécologique.

Afin de préciser notre pensée, et en raison des circonstances actuelles qui ont considérablement limité notre travail, nous avons essayé de réaliser une étude synthétique de cette lourde complication de l'intervention gynécologique.

Il nous a cependant paru utile pour atteindre ce résultat, but essentiel de notre modeste étude, d'envisager dans une première partie les généralités propres aux occlusions intestinales. La deuxième partie de cet opuscule a été consacré à l'exposé d'une observation destinée à montrer la multiplicité d'aspect sous laquelle peuvent se présenter les occlusions intestinales. La troisième partie enfin, a pour but de réaliser, après les précédents exposés, une étude synthétique des particularités propres à l'occlusion intestinale lorsqu'elle est la conséquence d'une intervention gynécologique.

PREMIERE PARTIE

Etude Générale des occlusions intestinales

CHAPITRE PREMIER

VARIETES DES OCCLUSIONS INTESTINALES

La classification des occlusions intestinales a été l'objet de nombreuses tentatives qui se sont toutes heurtées à une grande difficulté, étant donné la multiplicité des causes et des aspects de ces syndromes. Nous proposerons cependant une classification basée sur la physio-pathologie de cette affection, ce qui permet d'opposer :

L'occlusion paralytique ou dynamique, et

L'occlusions mécanique.

L'occlusion paralytique reconnaît deux sous-variétés :

La première est due à la paralysie de la musculature intestinale causant l'apéristaltisme,

La seconde est due à la contracture de la musculature engendrée par l'hyperpéristaltisme.

Cette variété d'occlusion due à des modifications du tonus musculaire de l'intestin, reconnaît de nombreuses causes qu'il nous paraît superflu d'envisager. Nous rappellerons seulement que le traumatisme opératoire suffit souvent pour l'engendrer.

L'occlusion mécanique, par contre, ne présente, tout au moins au début de son évolution aucun changement dans le tonus musculaire. Elle peut en effet être engendrée, suivant la classification de Peyrot, par :

- 1° Vices de position;
- 2° Compression;
- 3° Oblitération;
- 4° Rétrécissement.

Ainsi que nous le verrons, les occlusions intestinales consécutives aux opérations gynécologiques, entrent dans le cadre des occlusions paralytiques ou mécaniques; mais, précisons dès le début de cet ouvrage que, seule l'occlusion d'ordre mécanique, mérite de porter l'appellation d'occlusion vraie.

CHAPITRE DEUXIÈME

ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUES DES OCCLUSIONS

Selon la cause déterminant l'occlusion, il peut exister ou non des lésions de l'intestin et des vaisseaux mésentériques, ayant pour conséquence la production plus ou moins tardive d'une péritonite.

Dans les deux cas, l'arrêt du transit intestinal est plus ou moins réalisé: d'où vide plus ou moins absolu du segment sous-jacent au siège de l'occlusion et lutte contre l'obstacle entraînant dilatation et péristaltisme au niveau de l'intestin sus-jacent.

Mais il convient de signaler que dans les occlusions avec étranglement, les lésions nerveuses, vasculaires, péritonéales et intestinales, créent un deuxième facteur de gravité, plus immédiat que celui de l'occlusion même.

Quoi qu'il en soit, l'anse intestinale siège de l'occlusion présente une hypersécrétion réflexe et un développement de gaz qui interviennent à leur tour dans les lésions de la muqueuse.

Ces lésions diminuent l'absorption du contenu et réduisent ainsi les chances d'infection et d'intoxication déterminées par la stagnation. Par contre, en aval de l'obstacle, le pouvoir d'absorption est intact et permet de comprendre le shock immédiatement engendré en cours d'opération par la levée brusque de l'obstacle.

En résumé, une anse intestinale siège d'une obstruction de cause quelconque réalise un état toxi-infectieux d'ordre général, dû à la stagnation. Cet état est considérablement aggravé par la levée brusque de l'obstacle. Enfin dans l'obstruction avec étranglement, la possibilité de gangrène au niveau de l'intestin aggrave lourdement la situation.

CHAPITRE TROISIÈME

ETUDE CLINIQUE DES OCCLUSIONS INTESTINALES

Les occlusions intestinales envisagées strictement du point de vue clinique, offrent une assez grande dissimilitude selon leur cause déterminante. Mais à cette multiplicité d'aspect il est utile de rappeler que, même dans leurs signes souverains, ces occlusions sont aussi variées.

Il semble que l'on soit obligé d'envisager dans cette étude: l'occlusion aiguë et l'occlusion chronique. Nous serons brefs sur les éléments cliniques de l'affection, mais nous pensons qu'il est utile de signaler que dans:

L'occlusion aiguë: le début brutal est caractérisé par la douleur aiguë, variable dans sa localisation abdominale. Rapidement apparaissent hoquet, vomissements progressivement alimentaires, bilieux, fécaloïdes. Rapidement aussi apparaissent ballonnement puis dilatation avec arrêt des matières et des gaz. Dès ce moment l'état général s'aggrave, avec altération du visage, pouls rapide, température oscillante, urines rares. Et l'évolution se fait parfois très vite vers la mort.

Mais dans certains cas, une évolution prolongée permet de constater des émissions de selles et de gaz provenant du segment sous-jacent et qui ne constituent qu'une difficulté et une cause d'erreur de plus.

Enfin, signe important — mais dont l'apparition est tardive: la dilatation intestinale. Von Wahl a décrit son début toujours localisé sur l'anse sus-jacente au siège de l'occlusion. Elle se traduit à la vue par une asymétrie dans la paroi et à la palpation par une résistance sous-pariétale élastique en général, parfois dure, au niveau de laquelle existe un tympanisme clair (signe de Callon de Nothnagel).

Notons aussi l'existence de mouvements intestinaux visibles sous la paroi. L'évolution se fait alors vers une énorme dilatation, s'accompagnant d'hypothermie vraisemblablement due à l'intoxication.

Il est superflu, semble-t-il, d'insister sur ce tableau trop connu de tous les cliniciens, mais peut-être y a-t-il intérêt à souligner des points essentiels mis en évidence par H. Mondor dans son livre « *Quelques vérités premières en chirurgie abdominale* ». Il rappelle, notamment, qu'il ne faut point attendre le carré symptomatique: douleurs, vomissements, arrêt des matières et des gaz, météorisme, mais accorder toute leur valeur à des signes tels que, une douleur soudaine, d'abord localisée et puis étalée, revenant par crises, météorisme peu à peu croissant; arrêt des gaz et, en une zone plus ou moins large, non pas contracture mais résistance élastique de la paroi, péristaltisme enfin ». Cet auteur insiste aussi sur l'existence « d'un météorisme résistant à durcissement intermittent et plus facile à trouver au moment des crises douloureuses ».

En somme, tableau clinique, caractérisé par la brutalité de son début, la variabilité des signes souverains, la précocité avec laquelle le diagnostic doit être posé.

Nous serons plus brefs sur l'occlusion chronique, parce que moins intéressante pour nous dans ce travail.

Rappelons seulement qu'elle évolue par crises d'occlusion incomplète avec douleur toujours localisée, arrêt passager des matières et des gaz, ballonnement localisé, mais dont l'évolution tourne court en quarante-huit heures ou trois jours au maximum. Elle ne se voit, dans le cas qui nous intéresse, que dans les occlusions post-opératoires tardives et nous n'avons esquissé l'étude de cette forme d'occlusion que parce qu'elle peut être le début de l'évolution d'une occlusion intestinale aiguë.

CHAPITRE QUATRIÈME

LE DIAGNOSTIC DES OCCLUSIONS INTESTINALES

Ce diagnostic ne permet pas de trop longues hésitations et doit être posé dans le plus bref délai possible.

Nous nous bornerons à l'envisager dans le cas où l'apparition post-opératoire de ce syndrome oblige le chirurgien à différencier l'occlusion post-opératoire d'ordre paralytique et l'occlusion d'ordre mécanique.

Dans le premier cas, le syndrome d'occlusion est moins net, la douleur est plus généralisée, le ventre plus dur, la contracture de la paroi plus prononcée avec un épanchement rapide dans les flancs. Enfin, ce syndrome cède plus facilement aux moyens médicaux, dont il faut d'ailleurs user avec prudence.

Mais cette occlusion réflexe d'ordre péritonéal étant éliminée, il reste encore à établir le bilan des lésions qui peuvent d'un moment à l'autre transformer une obstruction en péritonite putride par gangrène intestinale.

Ici, semble-t-il, l'iléus par strangulation apparaît plus brutal, plus douloureux, avec des phénomènes de collapsus accusés d'emblée. Localement, la dilatation est constituée, sans mouvement péristaltique, par opposition à l'occlusion par obstruction où se rencontre un hyperpéristaltisme net.

Il faut bien reconnaître que ce bilan des lésions ne repose sur aucun signe clinique net et reste d'une interprétation délicate.

CHAPITRE CINQUIÈME

CONCLUSIONS

Nous n'avons voulu esquisser l'étude de ces généralités sur les occlusions intestinales que pour nous remémorer les points essentiels de cette importante étude :

Nous avons eu pour but de rappeler qu'il fallait opposer :

1) Occlusion dynamique, d'ordre réflexe cédant le plus souvent aux moyens médicaux et,

II) Occlusion mécanique nécessitant une intervention de toute urgence,

Que ce syndrome d'occlusion entraîne par absorption, des phénomènes d'ordre toxique aboutissant à la mort ; phénomènes d'ailleurs brutalement entraînés par la levée brusque de l'obstacle ;

Que ce syndrome s'accompagne souvent de lésions aboutissant à la péritonite putride par gangrène intestinale ;

Que les signes cliniques et le diagnostic sont souvent imprécis et exigent de la part du praticien des décisions opératoires parfois difficiles à justifier.

DEUXIEME PARTIE

Nous allons donner l'exposé d'une observation dont la valeur est de démontrer la variabilité avec laquelle peuvent apparaître les accidents d'occlusion intestinale à la suite d'opérations gynécologiques.

Il est, en effet, assez fréquent de voir ces accidents apparaître quelques jours après l'intervention. De semblables observations ont été publiées et nous ne voudrions pas nous exposer à des redites.

Le cas suivant offre, par contre, le double intérêt de reproduire la clinique et l'évolution de ces accidents, et de démontrer que de nombreuses années peuvent s'écouler entre l'apparition de l'occlusion et l'intervention causale.

ILEUS PAR BRIDE 23 ANS APRES UNE HYSTERECTOMIE VAGINALE par MM. AIMES et FAYOT

Cette observation a été tirée du *Bulletin de la Société des Sciences Médicales de Montpellier*, du 1^{re} juillet 1932.

L'observation que nous présentons a trait à un cas d'iléus par bride que rend exceptionnel le très long intervalle de temps (23 ans) qui s'est écoulé entre l'opéra-

tion et les accidents d'occlusion intestinale qui en furent la conséquence.

I... Antoinette, âgée de 35 ans, entre le 22 juin 1909 dans le service du Professeur de Rouville. Elle présente des signes de métrite du corps et un polype muqueux du col de l'utérus. Le 23 juin, on procède à un curettage sous anesthésie générale après une dilatation extemporanée aux bougies de Hegar, qu'a préparée la veille la mise en place d'une lamine. Au cours du curettage la paroi utérine est perforée.

On pratique immédiatement l'hystérectomie vaginale qui se fait avec une grande facilité. Pincés à demeure et mèche.

Examen de la pièce: elle se compose de l'utérus seul, les annexes n'ont pas été enlevées. Perforation au milieu d'un point très aminci de la paroi extérieure de l'organe. L'examen histologique ne montre aucune trace de transformation épithéliomateuse.

Suites opératoires normales: Fait une petite hémorragie, au moment de l'ablation des pincés qui oblige à placer à nouveau deux pincés à demeure.

Depuis cette opération, la malade n'avait accusé aucun trouble abdominal.

Le 2 février 1932, elle éprouve brusquement, au cours de la matinée, des douleurs très vives dans l'abdomen avec arrêt des matières et des gaz. Deux vomissements dans la journée.

Le soir à 20 heures, le faciès est un peu altéré. Le poul à 80; ballonnement léger de l'abdomen surtout marqué dans la région hypogastrique, et dans la fosse iliaque droite où l'on voit les anses intestinales se dessiner sous la peau.

A la palpation, le ventre est souple mais douloureux, surtout dans l'hypogastre et dans la fosse iliaque droite.

Au toucher vaginal on sent une cicatrice transversale au fond du vagin et dans le milieu du cul-de-sac droit les anses météorisées.

Le toucher rectal ne relève qu'un paquet hémorroïdal douloureux.

La malade reçoit une injection de sédol et de caféine.

Le 3 février, le faciès est meilleur, le métorisme est moins marqué, le pouls reste bon.

Ni selle, ni gaz; vomissements alimentaires dans la nuit.

La malade est envoyée à la clinique. A son arrivée dans l'après-midi, elle souffre vivement du bas-ventre, le péristaltisme est net, le ventre n'est pas ballonné et l'on voit nettement les anses se dessiner sous la paroi. Le pouls et le faciès sont bons; pas de vomissements depuis cette nuit.

On pense à une occlusion intestinale par bride consécutive à l'hystérectomie et à 18 heures, on pratique, sous rachianesthésie (scurocaïne, 0,12 centigr.), une laparotomie sous-ombilicale.

L'intestin grêle est distendu sur une longueur d'environ 40 cm., en suivant l'anse distendue on est conduit dans le petit bassin sur une anse bridée à l'extrême, comme serrée par une ficelle par l'extrémité de la trompe droite étirée, filiforme, adhérente au mésentère.

La trompe et l'ovaire sont enlevés. La striction fortement marquée ne paraît pas s'accompagner de lésions des tuniques intestinales; l'anse reprend son calibre immédiatement.

La malade à la fin de l'opération, qui a été de courte durée (15 minutes à peine) est dans un état de choc intense avec apnée qui cède à des injections de caféine, d'huile camphrée, à la respiration artificielle.

Le 4, la malade n'a pas émis de gaz; le pouls est petit, rapide, mais l'abdomen est souple; la malade n'a pas vomi. On donne 3 fois 5 gouttes de digitaline au 1/1000 et on injecte 2 ampoules de péristaltine.

Avec un lavement, la malade évacue le même soir, des gaz et une selle.

Le 5, le ventre se ballonne mais l'état général est bon.

Le 6, on prescrit un mélange d'huile de ricin (2 cuillérées à café) dans de l'huile d'amandes douces (2 cuillérées à soupe), ce qui provoque une débâcle.

Réunion *per primam*, la malade quitte la clinique le 14 février; elle reste bien guérie. Elle se plaint uniquement d'avoir de temps en temps du météorisme qui disparaît après une émission de gaz abondants.

On sait que l'hystérectomie vaginale est parmi les interventions chirurgicales une de celles qui se compliquent le plus souvent d'iléus, sans doute parce qu'on ne peut faire une bonne péritonisation.

Dans la majorité des cas, cette complication est due à l'adhérence d'anses de l'intestin grêle à la cicatrice vaginale; elle apparaît alors en règle générale de 15 à 20 jours après l'opération.

Assez souvent elle relève d'un étranglement par bride; elle est alors d'ordinaire plus tardive, se produisant plusieurs mois ou plusieurs années après l'hystérectomie.

Il est certes exceptionnel de voir, comme dans notre cas, près de 23 ans s'écouler sans aucun trouble avant que n'éclatent brusquement les accidents d'occlusion.

Mais notre observation montre qu'en présence d'une malade atteinte d'iléus et dont les antécédents comportent une opération intra-abdominale, il ne faut pas abandonner le diagnostic d'iléus dû à l'opération et chercher ailleurs la cause de l'occlusion sous prétexte que l'intervention est trop ancienne.

C'est toujours vers la région de la cicatrice opératoire qu'il convient de se porter d'emblée, en pareil cas.

TROISIEME PARTIE

Etude synthétique des occlusions intestinales consécutives aux opérations gynécologiques

CHAPITRE PREMIER

ETUDE ETIOLOGIQUE ET MECANISME

Il semble que parmi les interventions abdominales, les opérations gynécologiques soient les plus aptes à engendrer les occlusions intestinales.

Sur 56 occlusions post-opératoires, 23 ont été consécutives aux opérations gynécologiques (Statistiques de M. Yovanovitch).

De même Frey et Cubbins trouvent sur 137 occlusions post-opératoires, 66 consécutives aux interventions gynécologiques.

D'autre part, quelle est la fréquence globale de ces occlusions dans le domaine de la gynécologie?

Moussé et Doubrère donnent une statistique qui admet une occlusion pour 250 interventions. De même la statistique de Yovanovitch, qui tient compte aussi bien des occlusions tardives que précoces.

Enfin, reste à savoir, quelles sont les interventions gynécologiques qui prédisposent le plus aux occlusions.

Les statistiques montrent en général que les hystérectomies sub-totales engendrent plus fréquemment cette complication, que les hystérectomies totales. Ainsi concluent les statistiques de Yovanovitch, ainsi que celles de Rouffart-Martin.

De même semble-t-il, la castration unilatérale ainsi que la ligamentopexie.

Il semble que l'on puisse conclure ce chapitre étiologique en disant que l'occlusion intestinale post-opératoire est d'autant plus fréquente que l'intervention est plus conservatrice.

Comment expliquer de telles conclusions?

Plusieurs mécanismes tendent à donner les raisons de la production de ces accidents.

Avant tout, signalons que certaines dispositions anatomiques peuvent être à l'origine de quelques occlusions.

Forgue et Massabuaü signalaient avec Adenot et Legueu que l'angle gauche du côlon est suspendu par un ligament médian et deux ligaments latéraux accessoires qui relèvent le côlon. Or, si le développement du ligament médian est incomplet, la suspension est insuffisante et l'angle colique s'attache à un ligament d'insertion plus limité, moins étendu. En raison de l'étroitesse, le coude s'exagère, et si le côlon transverse s'abaisse, comme il arrive après l'ablation d'une grosse tumeur, il se fait plicature oblitérante à l'angle gauche du côlon. (Traité de Gynécologie Forgeue et Massabuaü).

C'est là, on le conçoit, une cause bien rare, car le plus souvent interviennent d'autres facteurs plus importants à connaître.

Et tout d'abord :

1. — Le traumatisme opératoire.

Ce traumatisme explique sans aucun doute la production de certaines occlusions.

Il peut agir, semble-t-il par deux processus différents :

a) Action d'ordre mécanique : C'est le fait d'interventions longues et pénibles, exigeant la manipulation des mésos et des anses intestinales. Pour si délicates que puissent être ces manœuvres, elles peuvent déterminer :

Soit, un iléus dynamique ou fonctionnel vraisemblablement dû à des lésions de l'appareil neuro-musculaire de la paroi intestinale (Olivecrana) ;

Soit, un iléus mécanique « conséquence de l'irritation de l'endothélium péritonéal et de la formation de surfaces cruentées, de surfaces avivées qui viennent au contact l'une de l'autre, se fusionnent, constituent ainsi des adhérences solidarissant définitivement et anormalement les différents organes ».

b) Action d'ordre chimique : Nous nous bornerons à rappeler le rôle des antiseptiques et des liquides irritants qui, par action directe sur les cellules, diminuent la résistance du péritoine et favorisent la production de brides. Ces faits ont été démontrés expérimentalement dans les travaux de Delbet et Bresset.

2. — Rôle de l'infection péritonéale.

Elle intervient sans nul doute dans la production de certaines occlusions et paraît déterminer soit :

iléus fonctionnel en déterminant la paralysie intestinale, conséquence de l'œdème de la paroi,

soit, un iléus mécanique en produisant la formation de brides ou d'adhérences.

Cependant nous remarquons que :

Les péritonites aiguës post-opératoires entraînent le plus souvent l'iléus paralytique, soit par voie réflexe, soit par lésion vraie de l'appareil neuro-musculaire (Olivecrana).

Les péritonites post-opératoires d'allure moins aiguë, engendreront par contre les iléus mixtes dans lesquels l'obstacle mécanique par brides vient s'ajouter aux causes précédentes.

3. — Rôle de la dépéritonisation.

C'est là encore une des causes les plus importantes dans la production des occlusions post-opératoires. En effet, nous le rappellerons en passant, bon nombre d'interventions gynécologiques, ne permettent qu'une péritonisation imparfaite, et dès lors, l'existence de surfaces cruentées sera à l'origine d'une occlusion.

Yovanovitch pense que ces surfaces dépéritonisées peuvent agir par un double mécanisme :

Par l'infection : ces surfaces étant plus que tout autres susceptibles de s'infecter,

Par la production d'adhérences : L'on conçoit aisément la tendance à l'accolement que présentent ces surfaces dépéritonisées et qui expliquent le fait que l'on

ait pu voir une ou plusieurs anses grêles adhérer au fond du petit bassin.

4. — Rôle du drainage.

Que ce dernier soit réalisé par des drains, mèches, ou Mickulicz, il peut entraîner :

Des occlusions immédiates au cours desquelles ils constituent l'obstacle même au transit et où leur ablation entraîne la disparition rapide de ces troubles.

Des occlusions tardives par production de brides développées à la suite du drainage.

Ainsi, avons-nous essayé de rechercher les causes même de la production d'occlusions post opératoires ; nous en tirerons plus tard les conclusions pratiques.

CHAPITRE DEUXIÈME

ETUDE ANATOMO-CLINIQUE

Nombreux sont les auteurs qui ont essayé de classer les occlusions post-opératoires et le plus souvent elles furent distinguées en occlusions précoces et tardives.

Nous remarquerons avec Yovanovitch qu'il faut cependant distinguer deux variétés dans les occlusions précoces, à savoir: celles qui sont immédiates et celles qui sont précoces à proprement parler.

Aussi, opposerons-nous avec cet auteur:

1° Les occlusions post-opératoires immédiates.

Elles sont rares, environ 9 p. 100; d'apparition presque immédiate, elles sont d'ordre dynamique ou fonctionnel et consécutives à une cause infectieuse, elles présentent des lésions d'ordre inflammatoire. Le plus souvent les anses intestinales augmentées de volume se coudent et ce facteur mécanique complète l'occlusion:

Cliniquement, le début remonte à quelques heures seulement après l'intervention. Il est extrêmement insidieux et vient le plus souvent se mêler aux accidents simples de parésie post-opératoire auxquels il fait suite sans démarcation.

L'évolution est souvent si rapide, dans certains cas, que l'intervention est impuissante à l'arrêter.

2. — Les occlusions post-opératoires précoces.

Ce sont évidemment les plus fréquentes: 52 p. 100. D'après Yovanovitch, leur maximum de fréquence se-rait au cours de la deuxième semaine; plus rares au cours de la première semaine; elles sont exceptionnelles au cours des troisième et quatrième semaines.

Forgue et Massabuau estiment que cet accident apparaît le plus fréquemment dans les 8 à 15 jours qui suivent la laparatomie.

Ces occlusions sont le plus souvent mixtes, à la fois dynamiques par la paralysie des anses intestinales due à des lésions nuero-musculaires de la paroi et mécaniques par suite de la présence d'adhérences rapidement constituées.

Leurs signes cliniques sont plus francs et plus nets que précédemment. Sans vouloir nous exposer à des redites, nous pensons utile de décrire rapidement ce tableau clinique.

La malade présente des éructations avec dyspnée et coliques et se plaint d'une striction exercée par son pansement. A l'examen il existe du ballonnement, et devant une température normale, un pouls encore bon, on pense à de l'atonie intestinale post-opératoire.

Mais plus ou moins rapidement apparaissent les vomissements, l'exagération progressive du ballonnement et l'altération de l'état général.

« Le météorisme croissant, des crises de coliques, la concentration d'anses se durcissant sous la main posée à plat sur l'abdomen; l'absence de toute émission de gaz ou de matières, ou la simple issue de quelques débâcles partielles qui ne modifient pas la situation; le ventre demeurant peu douloureux, le pouls et l'état

général ne s'altérant que parallèlement à la durée de l'obstruction et ne montrant pas cette atteinte d'emblée caractéristique de l'infection péritonéale aiguë, mais d'autre part ne présentant pas cette condition favorable qui devrait exister avec une température normale ou presque normale; les vomissements persistants malgré le lavage d'estomac, bilioux, verdâtres d'abord, puis tendant à prendre l'aspect du contenu grêle, la diminution de la quantité des urines au-dessous de 500 ou 600 grammes, l'odeur fécaloïde de l'haleine: voilà les raisons de supposer un obstacle à la circulation intestinale et à vous tenir prêt à la traiter chirurgicalement de bonne heure ». (*Traité de gynécologie* Forgue et Mas-sabau).

Il faut cependant signaler l'évolution chronique trompeuse des accidents d'occlusion, évolution parfois entrecoupée de période d'alarme et de phases de rémission.

3. — Les occlusions post-opératoires tardives.

Elles sont, semble-t-il, aussi fréquentes que les occlusions précoces et peuvent apparaître de quelques mois à plusieurs années.

L'observation que nous avons publiée au cours de ce travail nous a paru être un exemple typique de ces occlusions tardives.

L'on conçoit aisément qu'elles soient toujours d'ordre mécanique et donc, le plus souvent l'obstacle est limité. L'expérience a souvent montré l'existence d'une seule bride mais il n'est point rare de tomber, en cours d'intervention, sur des brides multiples. Il faut bien connaître la possibilité d'adhérences très serrées et si

nombreuses qu'il est parfois dangereux de tenter le décollement et qu'il est préférable de recourir à l'iléostomie.

Cliniquement ces occlusions tardives paraissent avoir rarement un début brutal. Le plus souvent, en effet, on assiste à une période plus ou moins longue durant laquelle on note l'existence de troubles dyspeptiques : nausées, vomissements, douleurs, syndrome d'occlusion sub-aiguë, troubles, insensibles à toute médication et dont l'aggravation est continue pour aboutir à l'occlusion totale.

CHAPITRE TROISIÈME

ETUDE SUR LE DIAGNOSTIC

Nous serons brefs au sujet du diagnostic des occlusions post-opératoires en gynécologie. En effet, l'étude anatomo-clinique nous a permis de signaler les différentes périodes au cours desquelles ce diagnostic peut se poser. Nous rappellerons, à ce sujet, qu'il est nécessaire de toujours penser à la possibilité de cet accident, chez toute femme, ayant subie une intervention gynécologique et présentant des troubles dyspeptiques variés.

De plus en présence d'accidents aigus d'occlusion chez une femme récemment opérée, il faut toujours penser à la possibilité d'occlusion définitive.

En effet, le seul problème vraiment délicat, mais combien difficile à résoudre, car il ne repose sur aucun signe net, c'est de différencier le syndrome d'occlusion dû à la simple parésie intestinale et donc passager, et le syndrome d'occlusion en rapport avec des lésions intestinales ou péritonéales, nécessitant une intervention parce que définitif.

« Le diagnostic hésite entre une simple prolongation de l'atonie intestinale, par inhibition justiciable des seuls secours médicaux et l'occlusion vraie qui relève de l'intervention. »

» Souvent aussi l'opération est différée parce que l'occlusion n'est pas absolue, parce que sous la sollicitation des lavements répétés, la malade a rendu quel-

ques gaz ou quelques matières sales prises pour une selle vraie ». (*Traité de gynécologie*, de Forgue et Mas-sabau).

Pratiquement, l'occlusion paralytique pure est très rapidement constituée et s'établit, sans douleur, sans intervalle libre, évoluant vers l'occlusion avec un minimum de signes fonctionnels.

Par contre l'occlusion mécanique pure apparaît plus tardive, à début brutal, souvent douloureux, avec fièvre.

Reste évidemment le cas litigieux des occlusions mixtes qui est aussi bien du point de vue clinique, que du point de vue chronologique, intermédiaire aux deux tableaux précédents.

Il faut enfin, préciser l'absence ou l'existence de lésions sphacéliques de l'intestin. Ce diagnostic qui est avant tout un diagnostic d'impression, se basera sur la brutalité du début, la douleur, le péristaltisme énergétique, le météorisme bien circonscrit.

En définitive, nous voyons que le diagnostic de ces occlusions est un problème délicat dans lequel il convient avant tout, de délimiter la parésie intestinale simple post-opératoire, et l'occlusion vraie, et d'établir dans la mesure du possible le bilan des lésions intestinales afin de prendre sans tarder la décision d'une nouvelle intervention.

CHAPITRE QUATRIÈME

ETUDE SUR LE TRAITEMENT

Afin d'envisager ce chapitre avec toute la précision nécessaire, il nous a paru utile d'étudier séparément les occlusions immédiates, précoces, tardives.

1° *Traitement des occlusions immédiates.*

Ces occlusions dynamiques ou mécaniques sont toujours justiciables de la médication hypertonique salée, car l'élément d'atonie intestinale y est toujours prédominant. Yovanovitch précise à ce sujet, qu'il est nécessaire de faire des injections de 20 cc. à 20 p. 100, toutes les 2 heures et que la dose de 48 gr. par 24 heures n'a rien d'excessif. Ainsi guériront 9 occlusions paralytiques sur 10.

Dans le cas où l'occlusion persiste, que faut-il faire ?

Rappelons brièvement les méthodes préconisées :

- La rachianesthésie,
- Les lavements électriques,
- La gastrostomie préconisée par Haberland,
- La jéjunostomie haute temporaire, conseillée par les auteurs américains (Taylor),
- La lymphaticostomie du canal thoracique, conseillée par Crock,
- Les ponctions du grêle soutenues par Dujarier et de nombreux auteurs.

Toutes ces méthodes, semble-t-il, sont inefficaces et abandonnée par la plupart des praticiens.

Il faut alors réaliser l'évacuation du grêle par l'iléostomie, dont nous envisagerons ultérieurement les avantages.

2° *Traitement des occlusions précoces.*

Les opinions sont très variables, mais restent au fond groupées autour de trois interventions qui partagent les faveurs de divers chirurgiens :

la désagglutination (Alglave, Huet, Viannay),
la dérivation interne (Lecène, Ockinzyc),
l'iléostomie (Gosset, Cunéo, Mathieu).

La désagglutination, avant tout, doit être proscrite, car elle est choquante pour ces malades très fatiguées (Gosset, Cunéo), elle favorise une diffusion de l'infection péritonéale jusque-là circonscrite (Mathieu), elle prédispose aux hématomes intra-péritonéaux, hématomes susceptibles de s'infecter (Mathieu), elle prédispose à la fistulation secondaire d'une anse intestinale dépéritonisée par la libération (Gosset, Yovanovitch, *Le Phare Médical*, février 1938).

Les dérivations internes : elles constituent une grosse intervention pour de telles malades. Bien plus, elles doivent faire en quelque sorte confiance au tonus du côlon qui est loin de toujours répondre à de tels espoirs. Enfin, de nombreux chirurgiens reprochent à l'anastomose d'être définitive et « pas forcément anodine ».

L'iléostomie minime : elle représente l'intervention de choix. « C'est la chose la plus facile à réaliser. Or, chose intéressante, après la fistulation du grêle, tout s'arrange

généralement très vite, le cours normal des matières se rétablit, de telle sorte que l'on obtient à très bon compte sans fatigue pour le malade, sans risque, sous anesthésie locale, la disparition des phénomènes occlusifs (Gosset).

Certains auteurs reprochent à l'iléostomie de laisser évoluer les lésions sphacéliques dues à une bride. De tels cas sont exceptionnels et d'ailleurs rien n'empêche de faire le diagnostic et d'intervenir sur ce point.

Quant aux difficultés de la fermeture de la fistule, c'est un reproché injustifié que de soutenir qu'elles soient insurmontables. En sorte que l'iléostomie minimise l'intervention de choix.

3° Traitement des occlusions tardives.

Elles sont toujours mécaniques. Il faut donc avant tout, réaliser la levée de l'obstacle par une laparotomie large. Signalons ici la nécessité de bien préciser le diagnostic exact de brides au cours d'intervention, celles-ci pourront être réalisées par un appendice, un diverticule de Meckel ou une trompe utérine.

Mais est-ce là tout le traitement? Certes non. L'iléostomie complémentaire, défendue par Delosc, offre le précieux avantage d'éviter toute complication. Elle est toujours indiquée, si l'on a des doutes sur l'intégrité des anses qui ont subi le décollement, et surtout si l'on se trouve en présence d'un état général défectueux.

De même l'entérostomie évacuatrice. R. Bernard la recommande lorsque « nous nous trouvons en présence d'un de ces abdomens monstrueux », dû à un météorisme important. Cet auteur conseille alors une incision de 2

à 3 centimètres, sur une anse intestinale en son plan décline, grâce à laquelle peut se vider tout le grêle. Et ainsi se trouve réalisée l'évacuation rapide et totale du grêle, qui a permis à Perthès de faire baisser la mortalité de 60 à 30 p. 100. C'est donc là encore une intervention de toute première valeur dans les cas les plus désespérés.

CONCLUSIONS

Les occlusions intestinales constituent une complication relativement fréquente des opérations gynécologiques; et ces dernières prédisposent d'autant plus à cet accident, qu'elles sont plus conservatrices.

En dehors de certaines causes d'ordre anatomique qui expliquent quelques cas d'occlusions, telle que la coudure du côlon gauche après ablation d'un kyste de l'ovaire; 4 éléments vont jouer un rôle primordial dans la production de cette complication:

Le traumatisme opératoire, qui peut entraîner un iléus dynamique ou un iléus mécanique.

L'infection péritonéale qui entraîne le plus souvent un iléus mixte.

Les surfaces dépéritonisées, zones d'accollement créant un obstacle mécanique.

Le drainage qui peut agir par lui-même ou en favorisant la production de brides.

Ces occlusions peuvent être: immédiates, quelques heures après l'intervention, elles sont alors pratiquement dynamiques, pures de symptomatologie discrète.

Précoces: du deuxième au quinzième jour. Elles sont presque toujours mixtes, c'est-à-dire dynamiques et mécaniques, de symptomatologie plus franche.

Tardives: de quelques mois à plusieurs années; elles sont toujours mécaniques et cliniquement leur début fait suite à une longue période de dyspepsie.

Enfin, parmi ces occlusions :

Les occlusions immédiates, sont justiciables du traitement salé hypertonique auquel on associera, si nécessaire, l'iléostomie. 9 cas sur 10 pourront éviter cette dernière intervention.

Les occlusions précoces, toujours justiciables d'une iléostomie minime.

Les occlusions tardives, seront traitées par laparotomie avec levée de l'obstacle, à laquelle on associera selon les cas soit l'iléostomie complémentaire, soit l'entérotomie évacuatrice.

BIBLIOGRAPHIE

- BERNARD (R.). — *Revue de Chirurgie*, 1933.
- BÉRARD et VIGNARD. — *L'appendicite*, Paris, Masson, 1914.
- BOPP. — *Soc. Nat. Chirurg.*, 1927.
- BRAINE. — *Soc. Nat. Chirurg.*, 1933.
- CANROZIER. — *Thèse de Lyon*, 1919-1920.
- CUNÉO. — *Soc. Nat. Chir.*, 1927.
- DUCHET, SUCHEAUX. — *Soc. Nat. Chir.*, 1933.
- FORGUE et MASSABUAU. — *Traité de Gynécologie*.
- FOUGERAT. — *Thèse de Bordeaux*, 1925.
- GODDARD et PALIOS. — *Arch. Franco-Belge de Chir.* 1932.
- GOSSET. — *Soc. Nat. Chir.*, 1933.
- GUIBAL. — *Presse Médicale*, 1935.
- HAMANT. — *Revue Médicale*, 1935.
- *Revue Médicale de l'Est*, 1935.
- HAIDERHAIN. — *Arch. f. Klin. Chir.* 1926.
- HUËT. — *Soc. Nat. Chir.*, 1933, 1935, 1936.
- LAURENT. — *Bull. Soc. des Chir. de Paris*, 1935.
- LENORMANT. — *Presse Médicale*, 1911.
- LARDENNOIS. — *Soc. Nat. Chir.*, 1928.
- MARION. — *Gazette des Hôpitaux*, 1900.
- YVEZ (M.). — *Arch. Of. Surgery*, 1932.
- MATHIEU. — *Soc. Nat. Chir.*, 1924.
- MOCQUOT et PADORANI. — *Journal de Chirurgie*, 1934.
- MONDER. — Quelques vérités premières en chirurgie abdominale.
- MOSSÉ et DOUBRÈRE. — *Gyn. et Obst.*, 1924.

MOULONGUET. — Académie de chirurgie, 1926.

OKINCZYK. — *Soc. Nat. Chir.*, 1933.

PALLIOS. — Occlusion intestinale et appendicite, *Paris, Maloire*, 1932.

RENON et LAFFITE. — *Soc. Nat. Chir.*, 1934.

ROUX, BERGER. — *Soc. Nat. Chir.*, 1922, 1924, 1936.

LABADINI. — *Presse Médicale*, 1933.

SAINT-CYR. — *Thèse de Paris*, 1925.

TSCHARKE. — *Arch. f. Klin. Chir.*, 1932.

VONCKEN. — *Ach. Méd. Belges*, 1928.

VIENNAY. — *Soc. Nat. Chir.*, 1927.

WORTMANN. — *Méd. Klinik*, 1921.

YOVANOVITCH. — *Gyn. et Obst.*

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	7
------------------------	---

PREMIERE PARTIE

Etude générale des occlusions intestinales

CHAPITRE PREMIER: Variétés des occlusions.....	9
— DEUXIÈME: Anatomie et physiologie pathologiques	11
— TROISIÈME: Etude clinique.....	13
— QUATRIÈME: Diagnostic	16
— CINQUIÈME: Conclusions	17

DEUXIEME PARTIE

<i>Observation</i>	19
------------------------------	----

TROISIEME PARTIE

Etude synthétique des occlusions intestinales consécutives aux opérations gynécologiques

CHAPITRE PREMIER: Etude étiologique et mécanisme	25
— DEUXIÈME: Etude anatomo-clinique.....	30
— TROISIÈME: Etude sur le diagnostic.....	34
— QUATRIÈME: Etude sur le traitement.....	36
CONCLUSIONS	41
BIBLIOGRAPHIE	43
TABLE DES MATIERES	45

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

En ma qualité de censeur de tour,
j'ai lu la thèse ayant pour titre:
**Les occlusions intestinales
consécutives aux opérations
gynécologiques**
par M. Henri Coste
Je pense que la Faculté peut en
permettre l'impression.
Le Professeur,
AIMES.
Montpellier, le 10 octobre 1939.

Vu:
Montpellier, le 10 octobre 1939.
Le Doyen,
EUZIERE.
Vu et permis d'imprimer:
Montpellier, le 10 octobre 1939.
Le Recteur,
PARISELLE.

